

SECRETARÍA DE SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-614
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

Nº CONTRATO - OPS: PS 4857 2020 C.D.P. No.: 11 Proceso al que pertenece: MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL
Unidad a la que pertenece: SAN BLAS

Nombre del Contratista: LILIANA MARIA CASTRO RAMOS C.C.: 65765828 de: IBAGUE

Fecha Inicio: 2020-07-17 Fecha Terminación: 2020-09-15 Valor Mensual: \$ 1.674.372 Valor a cobrar: \$ 1.944.168

ADICIÓN/OTRO SI	VALOR ADICIÓN	C.D.P.	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	\$ 1.080.240	\$ 108.800	9408681474
2	AGOSTO	\$ 1.944.168	\$ 108.800	9408681474
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
4.861.080	\$ 4.861.080	\$ 3.024.408	\$ 1.836.672

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO
PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA EN SU CONDICION DE TECNICO EN AUXILIO DE ENFERMERA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIAL EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRURGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-08-01 Hasta: 2020-08-31

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las consignadas en el contrato)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1. PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACION DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES	SE CUMPLE HORARIO DE TURNOS SEGUN PROGRAMACION ACORDADA CON EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	COORDINADORA DE ENFERMERIA
2. CONTROLAR LOS SIGNOS VITALES DE CADA UNO DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CON LA PERIODICIDAD REQUERIDA SEGUN ORDEN MEDICA, ORDEN DE ENFERMERIA Y PROTOCOLO INSTITUCIONAL, INFORMANDO AL MEDICO Y ENFERMERA LAS ALTERACIONES ENCONTRADAS Y REGISTRANDOLAS EN LA HISTORIA CLINICA DIGITAL	SE REALIZA TOMA, CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES DE PACIENTES A CARGO SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL Y DE ACUERDO A NECESIDAD DEL PACIENTE	DINAMICA (SIGNOS VITALES)
3. ORIENTAR Y PREPARAR A LOS PACIENTES PARA EXAMENES DIAGNOSTICOS DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS DE MANEJO Y TECNOLOGIA REQUERIDA SEGUN NORMAS ESTABLECIDAS PARA CADA PROCEDIMIENTO	SE BRINDA INFORMACION NECESARIA A LOS PACIENTES SOBRE LA PREPARACION SEGUN EXAMEN SOLICITADO	NOTA DE ENFERMERIA
4. REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA PREVENIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	SE BRINDA EDUCACION AL PACIENTE SOBRE LA IMPORTANCIA DE MANTENER BARRERAS DE SEGURIDAD ELEVADAS, USO DE TAPABOCAS, USO DE UN CALZADO ADECUADO, DEMAS MEDIDAS NECESARIAS PARA EVITAR EVENTOS ADVERSOS	HOJA DE EDUCACION - NOTA DE ENFERMERIA
5. NOTIFICAR INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE	EN CASO DE HABER UN EVENTO ADVERSO SE NOTIFICA A JEFE Y MEDICO DE TURNO Y ASI MISMO SE REGISTRA EN EL SISTEMA	NOTA DE ENFERMERIA
6. INFORMAR A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y AL MEDICO TRATANTE, SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLINICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA	SE INFORMA A JEFE Y MEDICO DE TURNO SI EXISTE ALGUN CAMBIO EN EL ESTADO CLINICO DEL PACIENTE DE MANERA OPORTUNA	NOTA DE ENFERMERIA
7. REVISAR LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CONOCIENDO SU EVOLUCION CLINICA, TRATAMIENTO, PARA REALIZAR EL PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA INTEGRAL DEL PACIENTE	SE VERIFICA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CON EL FIN DE CONOCER SU DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PLAN DE CUIDADO	NOTA DE ENFERMERIA
8. MANTENER LIMPIO Y ORDENADO LA UNIDAD DE LOS PACIENTES ASIGNADOS DURANTE EL TURNO	SE MANTIENE ORDEN Y LIMPIEZA DE LA UNIDAD DE LOS PACIENTES ASIGNADOS	NOTA DE ENFERMERIA
9. REALIZAR REGISTROS CLINICOS EN FORMA OPORTUNA, DILIGENCIANDO TODAS LAS VARIABLES CORRECTAMENTE Y DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y MANTENER ORGANIZADAS LAS HISTORIAS CLINICAS DE ACUERDO AL MANUAL Y NORMATIVIDAD VIGENTE DE LA ENTIDAD	SE REALIZAN LOS REGISTROS CLINICOS NECESARIOS Y DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS, ASI MISMO SE ORDENA HISTORIA CLINICA DE ACUERDO AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL	NOTA DE ENFERMERIA
10. CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, GESTION AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES	SE CUMPLEN CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES	JEFE INMEDIATA
11. RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO Y/O AREA DONDE SE ENCUENTRE DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES	SE REALIZA INVENTARIO DE LOS ELEMENTOS E INSUMOS DEL SERVICIO	LIBRO DE INVENTARIO
12. CUMPLIR CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUIAS Y DEMAS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO	SE CUMPLE CON LAS NORMAS DEFINIDAS POR LA INSTITUCION	NOTA DE ENFERMERIA
13. ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD	SE ASISTE A LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCION	HOJA DE ASISTENCIA
14. REALIZAR LA DESINFECCION DE MANERA OPORTUNA DE LA UNIDAD DEL PACIENTE DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES	SE REALIZA DESINFECCION DE LA UNIDAD DE ACUERDO A PROTOCOLO INSTITUCIONAL	CARPETA DE DESINFECCION
15. REALIZAR LA TOMA OPORTUNA DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO QUE REQUIERAN LOS PACIENTES CON EL FIN DE AGILIZAR EL TRATAMIENTO	SE REALIZA TOMA DE LABORATORIOS SEGUN ORDEN MEDICA	NOTA DE ENFERMERIA
16. ASISTIR EN LA ALIMENTACION A LOS PACIENTES ASIGNADOS CONSERVANDO LAS PRECAUCIONES ESTABLECIDAS SEGUN EL CASO	SE ASISTE ALIMENTACION A LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN Y SEGUN CONDICION	NOTA DE ENFERMERIA
17. REALIZAR EL CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS REGISTRANDO EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA LOS RESULTADOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL	SE REALIZA CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS DURANTE EL TURNO	DINAMICA (CONTROL DE LIQUIDOS)
18. PORTAR EL UNIFORME TENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS DE HIGIENE Y BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED	SE PORTA EL UNIFORME ADECUADO DE ACUERDO A NORMAS INSTITUCIONALES	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
19. OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y A LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA, CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA	SE BRINDA ATENCION HUMANIZADA Y DE CALIDAD TANTO A LOS PACIENTES COMO A LOS FAMILIARES	JEFE INMEDIATA
20. IMPARTIR EDUCACION AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS DE ACUERDO A LA SITUACION CLINICA DEL PACIENTE	SE BRINDA EDUCACION AL PACIENTE Y FAMILIARES SOBRE LOS CUIDADOS GENERALES DE ACUERDO A CONDICION DEL PACIENTE	HOJA DE EDUCACION
21. MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACION CLINICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES	SE MANTIENE CONFIDENCIALIDAD DE HISTORIA CLINICA	NOTA DE ENFERMERIA
22. EJERCER LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA FORMACION TECNICA DE CONFORMACION CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO, CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO	SE REALIZAN ACTIVIDADES PROPIAS DE ACUERDO A MI FORMACION TECNICA Y QUE ESTAN CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO	NOTA DE ENFERMERIA

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pension y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación basada con la primera cuenta de cobro

C.C. 65765828 de IBAGUE

Firma del Contratista: Liliana Maria Castro

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE: _____

CARGO: _____

FIRMA: _____

1 al 14 = 84 H 756.168 = OK
15 al 31 = 108 H 1.188.000 =

Pariter

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 65765828		CASTRO RAMOS LILIANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 51 sur 79b-43	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	6089928		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Días Mora	Valor	
2020-07	2020-07	719161793	9408681474	1	2020/08/10	2020/08/21	BANCOLOMBIA	11	\$270.600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFLIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
PORVENIR		230301	800,224,808	8	1	\$140,500	\$0	\$0	\$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		14-23	860,011,153	6	1	\$4,600	\$0	\$0	\$4,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)									
COMPENSAR		CCF24	860,066,942	7	1	\$15,700	\$0	\$0	\$15,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
SALUD TOTAL		EPS002	800,130,907	4	1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800
TOTAL					1	\$270,600	\$0	\$0	\$270,600

de 21.400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Cludad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 65765828		CASTRO RAMOS LILIANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 51 sur 79b 43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6089928	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor
2020-07	2020-07	723258437	940984695		N	2020/08/10	2020/08/26	16	\$16,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$16,800	\$0	\$0	\$16,800	
TOTAL				1	\$16,800	\$0	\$0	\$16,800	

Aguste OK

TOS GENERALES DEL APORTANTE																	
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF									
65763828		CASTRO RAMOS JULIANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 51 sur 79b-43	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	6089928	No									
TOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																	
Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Limite	Pago	Dias Mora	Valor							
0-07	2020-07	719161793	9408681474		1	2020/08/10	2020/08/21	BANCOLOMBIA	11	\$270,000							
QUIDACION DETALLADA DE APORTE																	
EMPLEADO			PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte
Legal: PRINCIPAL (2 Afiliados)																	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																	
dad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)																	
1	CC 65763828	CASTRO JULIANA	202001	30	\$877,803	\$140,500	EP9002	30	\$877,803	CCF24	30	\$877,803	\$15,700	14-23	30	\$877,803	\$4,600
total Afiliados(1)																	
total																	